

## **Studi Evaluasi Pelatihan Penatalaksanaan PMS dengan Pendekatan Sindrom di beberapa Kabupaten di Jawa Timur**

Endang R Sedyaningsih-Mamahit.,<sup>1</sup>, Cholis Bachroen.<sup>2</sup>, Roy Massie.<sup>2</sup>

**Abstrak:** *Sexually Transmitted Diseases (STD continue to become major public health problems. Most of STD patients present with urethral or vaginal discharge, even though the causes may be of different micro-organisms. The Syndromic Approach (SA) is an algorithm for STD management currently recommended by the WHO. Diagnosis are made based on clinical signs and symptoms using a certain flowchart—without laboratory confirmation, and all possible causes will be treated. IEC are also given and the patients' partners are notified. The East Java Provincial health office has trained Puskesmas' and hospitals' doctors and paramedics on this new STD management approach. The objective of this study is to evaluate the implementation of SA in some Puskesmas and private clinics which personnels have been trained before. Using direct observation, document research, interviews and focus group discussions, data and information on the benefit of SA, the obstacles in implementing SA, and recommendations to improve the health providers' performance in STD management are collected. Results are hopefully used as inputs in improving the STD control program, provincially as well as nationally.*

---

<sup>1</sup>Puslit Penyakit Menular - Badan Litbangkes DepKes RI

<sup>2</sup>Puslitbang Yankes - Badan Litbangkes DepKes RI

Penyakit menular seksual (PMS) merupakan penyakit yang umum dan sering dijumpai serta merupakan masalah kesehatan masyarakat yang cukup serius. Pada wanita, PMS adalah penyebab terpenting infeksi saluran reproduksi yang dapat menimbulkan keluhan fisik, gangguan psikologis, dan gangguan keharmonisan perkawinan.<sup>1</sup> Dikenal 20 jenis mikro-organisme yang dapat ditularkan melalui hubungan seksual.<sup>2</sup> Sayangnya, kebanyakan dari PMS mempunyai keluhan dan gejala yang sama, walaupun disebabkan oleh penyebab yang berbeda. Contohnya, duh atau cairan nanah dari saluran kencing laki-laki atau liang sanggama wanita, dan luka/koreng/borok pada alat kelamin.

Pendekatan Sindrom (PS) adalah sebuah cara penatalaksanaan PMS yang akhir-akhir ini direkomendasikan penggunaannya oleh WHO.<sup>3</sup> Dengan cara ini pengidentifikasi-an PMS dilakukan berdasarkan keluhan dan gejala dengan bantuan sebuah bagan alur. Pengobatan diberikan untuk semua penyebab sindrom yang ditemukan, dan diberikan juga untuk pasangan seksual penderita. Pendekatan Sindrom (PS) mempunyai unsur KIE untuk menurunkan risiko infeksi ulang dan meningkatkan kepatuhan berobat serta harus ditunjang oleh

penyediaan obat-obatan yang memadai.<sup>3</sup>

Untuk melaksanakan program ini, telah dilakukan pelatihan metode PS terhadap petugas kesehatan oleh berbagai pihak. Di Provinsi Jawa Timur mula-mula pelatihan diberikan langsung oleh Subdit Pemberantasan Penyakit Kelamin dan AIDS, Depkes RI pada tahun 1998, kemudian dilanjutkan oleh Kanwil Depkes Provinsi Jawa Timur pada tahun 1999. Studi ini bertujuan untuk melihat implementasi penatalaksanaan PMS di beberapa klinik/Puskesmas yang petugasnya telah dilatih. Hasilnya diharapkan dapat memantapkan program penanggulangan PMS secara keseluruhan, khususnya pemantapan metode PS.

Karena keterbatasan biaya maka studi hanya dilakukan di 3 lokasi di Jawa Timur, yaitu: Kodya Surabaya, Kabupaten Pasuruan, Kodya dan Kabupaten Malang.

## TUJUAN

Tujuan studi adalah:

1. Mengevaluasi penatalaksanaan PMS dengan Pendekatan Sindrom (PS) oleh dokter/paramedis Puskesmas/klinik yang salah satu personilnya telah dilatih.
2. Mempelajari hambatan-hambatan dalam menerapkan metode PS.

3. Memberikan masukan kepada program untuk perbaikan penatalaksanaan PMS pada umumnya, dan dengan PS pada khususnya.

## METODOLOGI

Penelitian dilakukan di Provinsi Jawa Timur: Kodya Surabaya, Kab. Pasuruan, Kodya dan Kab. Malang, Maret 1999 dan April 1999. Populasi studi adalah dokter dan perawat Puskesmas/klinik swasta yang salah satu personilnya telah dilatih penatalaksanaan PMS dengan Pendekatan Sindrom (PS).

Observasi terstruktur dilakukan terhadap cara penatalaksanaan pasien PMS oleh dokter/paramedis. Lokasi dokter/paramedis yang diobservasi dipilih secara purposif, yaitu dipilih Puskesmas dan Klinik yang salah satu personilnya pernah dilatih metode PS berdasarkan data di Kanwil Depkes Prov. Jawa Timur. Di tiap lokasi, yang diobservasi adalah dokter/paramedis yang memeriksa pasien. Struktur observasi dikembangkan dari instrumen yang dibuat oleh Konsultan WHO: Dr. Bing Wibisono, SpKK.

Wawancara dilakukan terhadap dokter dan paramedis di lokasi tersebut di atas untuk mendapatkan informasi mengenai kemudahan/hambatan dalam melaksanakan metode PS. Penelusuran dokumen dilakukan pada laporan harian pasien, catatan rekam medik, dan laporan harian laboratorium sebelum dan sesudah pelatihan.

Diskusi Kelompok Terarah (DKT) dilakukan dengan dokter dan paramedis di Kodya dan Kabupaten Malang (mereka tidak diobservasi) untuk memperoleh informasi mengenai proses pelatihan, manfaat dan hambatan pelaksanaan metode PS.

## HASIL

### *Observasi*

Selama studi berhasil dilakukan observasi terstruktur terhadap 15 dokter dan 1 paramedis di Kodya Surabaya dan Kabupaten Pasuruan. Perincian lokasi adalah : di Kodya Surabaya: Pusk. Mulyorejo, Pusk. Krembangan Selatan, Pusk./RS Tambak Rejo, Pusk. Sawahan, Pusk. Pegirian, Pusk. Banyu Urip, Pusk. Putat Jaya, Pusk. Tanjung Sari, Pusk. Benowo, Pusk. Manukan Kulon, Pusk. Dupak, Klinik PKBI, dan Klinik Prospective. Di Kab. Pasuruan: Pusk. Prigen, Pusk. Purwosari, dan Pusk. Sukorejo.

Untuk menjamin adanya pasien dengan keluhan PMS (terutama keputihan), maka di Surabaya tim peneliti bekerja-sama dengan sebuah LSM yang mempunyai program KIE di kalangan pejaia seks (biaya HAPPA), sedangkan di Pasuruan pasien diambil dari wisma-wisma (lokasi pejaia seks) di sekitar Puskesmas yang diobservasi. Para wanita tersebut umumnya menderita keputihan ringan maupun sedang, dan diminta untuk menyampaikan keluhan tersebut waktu diperiksa di Puskesmas. Kepada para wanita tersebut diberikan ongkos transport yang memadai, biaya pemeriksaan di Puskesmas, dan biaya obat, bila diberi resep luar.

Pada hari pertama dan kedua observasi dilakukan di 6 lokasi oleh 6 tim yang berbeda; masing-masing terdiri dari 2 personil: seorang dokter dan seorang non-dokter. Pada hari ketiga observasi dilakukan di 4 lokasi oleh 4 tim, sedang 2 tim lainnya bergabung untuk melakukan DKT di Malang. Tugas dokter dalam tim adalah mengobservasi pemeriksaan pasien oleh dokter/paramedis Puskesmas setempat dan sesudahnya melakukan wawancara. Anggota tim lain melakukan penelusuran dokumen.

Untuk mengurangi bias observasi, maka tim telah meminta agar kepada Kepala dan Staf

Puskesmas sasaran hanya diberikan informasi bahwa tim akan melakukan observasi pelayanan BP/KIA secara umum. Karena itu pula tim melakukan observasi dari jam 08:00 hingga seluruh pasien habis. Apabila pada waktu tersebut ada pasien lain dengan keluhan PMS (selain pasien yang dibawa tim), maka pemeriksaan terhadapnya juga diobservasi. Baru setelah pasien habis, pada saat wawancara, kepada dokter/paramedis setempat dijelaskan mengenai maksud observasi tersebut.

Dalam pelaksanaannya, sengaja atau tidak sengaja (ada pasien yang mengaku diminta datang oleh LSM), beberapa Puskesmas dapat mengetahui maksud kedatangan tim sebelum observasi dimulai. Akibatnya ada sebuah Puskesmas yang pagi-pagi menempelkan bagan alur PS di dinding kamar periksanya, dan di Puskesmas lain dokter sudah siap dengan buku Pendekatan Sindrom di mejanya.

Selama 3 hari tersebut dapat diobservasi pemeriksaan terhadap 18 pasien: 15 wanita dan 3 laki-laki. Sayangnya, 2 pasien wanita yang dibawa tim tiba-tiba mengutarakan keluhan yang lain samasekali, sehingga didiagnosa sebagai hordeolum, dan diare. Walaupun bagi tim merupakan pengurangan jumlah observasi, bagi pasien yang sungguh-sungguh sakit tersebut hal ini

menguntungkan karena mendapat biaya pengobatan gratis.

### **Anamnesis**

Pada tahap anamnesis ditemukan beberapa hal yang menarik. Pada umumnya ruang tempat pemeriksaan pasien kurang bersifat pribadi, dalam arti proses anamnesisnya dapat terdengar oleh orang/pasien lain. Di Puskesmas yang ramai pasien, 2-3 dokter bekerja secara simultan di dalam sebuah ruangan besar. Bahkan di sebuah Puskesmas, ada pedang asongan yang turut masuk ke dalam ruangan tersebut.

Dalam ruangan terbuka tersebut, banyak dokter/pemeriksa yang merendahkan suaranya bila menanyakan hal-hal yang bersifat pribadi, sehingga kesan kerahasiaan cukup terjaga. Namun ada juga yang bertanya dengan suara keras sehingga pasien menjawab malu-malu.

Ada pemeriksa yang tidak memberikan pertanyaan terbuka ataupun menggali lebih lanjut, sehingga pasien tidak mendapat kesempatan untuk menjelaskan keluhannya. Selain itu, masih ada pemeriksa yang tidak menanyakan mengenai aktifitas seksual pasien, walaupun keluhannya mungkin mengarah ke PMS. Hal ini dapat disebabkan karena kelalaian pemeriksa atau karena situasi sekitarnya tidak mendukung. Juga untuk pertanyaan mengenai

aktifitas seksual mitra pasien dan pemakaian kondom.

### **Pemeriksaan Fisik**

Temuan pada tahap ini antara lain adalah bahwa di beberapa Puskesmas ternyata tidak tersedia ruangan khusus untuk melakukan pemeriksaan fisik. Kalaupun ada, menjadi satu dengan ruang suntik, dan memang pemeriksaan fisik juga jarang dilakukan. Alasannya karena ruangan tidak memadai, karena pasien terlalu banyak, atau dianggap tidak ada indikasinya. Di klinik swasta yang kami observasi, karena memang khusus untuk pelayanan KB atau PMS, maka selalu ada ruangan pemeriksaan khusus.

Pemeriksa yang melakukan pemeriksaan fisik, melakukannya dengan baik: ada pendamping selama memeriksa, pasien diminta melepaskan pakaian dalamnya, beberapa diminta berbaring dalam posisi litotomi dan dipalpasi kelenjar inguinalnya, dan beberapa lagi diperiksa dengan menggunakan spekulum. Ada seorang pasien laki-laki yang diperintahkan untuk melakukan "milking."

Tidak seorangpun dari pemeriksa yang mencuci tangan sebelum melakukan pemeriksaan, tetapi umumnya tidak lupa memakai sarung tangan. Setelah memeriksa, semua pemeriksa mencuci tangan mereka.

### **Diagnosis dan Terapi**

Kami menemukan bahwa ada pemeriksa yang mengambil duh pasien untuk diperiksa di laboratorium, dan ada pula pasien yang diambil darah venanya. Tetapi umumnya tidak menunggu hasil lab tersebut untuk memberikan pengobatan.

Ada 3 pemeriksa yang memakai bagan alur dalam melakukan pemeriksaan dan pengobatan. Walaupun di ruang pemeriksaan beberapa Puskesmas terdempel poster-poster bagan alur

lain, seperti penatalaksanaan syok anafilaksis, dehidrasi, dan pnemoni, akan tetapi jarang ada yang menempelkan bagan alur PS di ruang periksanya.

Diagnosis yang ditegakkan cukup beragam (lihat tabel 1), demikian juga terapi yang diberikan. Cukup banyak pemeriksa yang memberi terapi sesuai dengan metode PS. Sayangnya tidak semua dosis tercatat oleh tim dan ada obat yang tulisannya tidak terbaca atau memakai kode.

**Tabel 1**

**Jenis diagnosis pasien dengan keluhan Keputihan pada observasi Pelayanan PMS dengan Pendekatan Sindrom di Jawa Timur, Maret-April 1999**

DIAGNOSIS	FREKUENSI
Sehat / t.a.a	1 pasien
Keputihan/fluor albus	4 pasien
GO	2 pasien
GO & NGU	2 pasien
LB1 22 (Penyakit lain)	2 pasien
LB1 0602 (non gonokok)	2 pasien
PID	1 pasien
Tidak diisi	2 pasien
<b>JUMLAH</b>	<b>16 orang</b>

### ***KIE dan Waktu yang dipergunakan***

Pada umumnya pemeriksa menjelaskan kepada pasien tentang penyakitnya, namun waktu yang dipergunakan untuk ini berbeda-beda. Pemeriksaan (termasuk KIEnya) terlama dilakukan oleh dokter yang sudah mengetahui dirinya diobservasi, yaitu selama 23 menit. Dua pemeriksa menghabiskan waktu antara 16-20 menit, yang seorang dokter yang belum 1 tahun bertugas di Puskesmas tersebut (belum pernah dapat pelatihan PS), dan yang seorang lagi dokter di klinik swasta. Empat orang menggunakan waktu antara 10-15 menit: 2 orang dokter di klinik swasta, dan 2 orang lagi dokter Puskesmas yang tampak waspada akan adanya keluhan keputihan dan alamat tinggal pasien (daerah lokalisasi). Sisanya (9 pemeriksa) umumnya hanya menyisihkan waktu sekitar 5 menit untuk memeriksa dan memberikan KIE. Seorang bahkan hanya membutuhkan waktu 2 menit. Di Puskesmas tersebut, keluhan utama dicatat oleh perawat, kemudian disuruh ke lab. untuk periksa GO dan sputum. Setelah ada hasil, dokter langsung memberi terapi.

Banyak pemeriksa yang menjelaskan mengenai obat yang diberikannya serta anjuran agar pasien mematuhi regimen tersebut. Hanya sedikit yang menganjurkan pasiennya untuk menggunakan kondom dan tidak ada seorangpun yang menjelaskan bagaimana cara penggunaan kondom. Umumnya pemeriksa menyuruh pasiennya untuk kontrol kembali. Tidak banyak pemeriksa yang menjelaskan mengenai pentingnya pengobatan mitra seksual ataupun menawarkan untuk memberitahu dan memeriksa mitra seksual. Namun cukup menggembirakan, ada 3 pemeriksa yang memberi resep untuk mitra seksual pasien: seorang dokter di klinik swasta dan 2 orang dokter Puskesmas (yang tidak menyadari bahwa dirinya diobservasi).

### ***Penelusuran Dokumen***

Ditelusuri catatan tentang jenis diagnosis dan terapi pada bulan Januari dan Februari 1998 (sebelum pelatihan) dan bulan Januari, Februari, Maret 1999 (sesudah pelatihan). Ternyata pada 2 klinik swasta terjadi peningkatan kuantitas dan kualitas diagnosis (sesuai PS), demikian juga terapi yang diberikan sesuai dengan protap PS.

**Box 1. Jenis-jenis diagnosis PMS di beberapa Puskesmas di Jawa Timur  
Januari-Februari 1998 dan Januari-Februari-Maret 1999**

Infeksi gonokok/GO, Uretritis non spesifik/NGU, Sifilis  
Kandidiasis, Trikomonas, Penyakit Radang Panggul,  
Adneksitis, Vaginitis, Servisititis, Uretritis, Kondiloma, Herpes  
genitalis, Nyeri perut bawah, Keputihan, Erotio,  
Ulkus genital, Duh tubuh vagina, Duh tubuh uretra,  
Kencing panas, PMS, Infeksi saluran reproduksi,  
Penyakit pada saluran kencing, Penyakit payudara dan alat  
kelamin perempuan (PPAK), Kencing panas, PMS, Infeksi  
saluran reproduksi,  
Penyakit pada saluran kencing, Penyakit payudara dan alat  
kelamin perempuan (PPAK)

**Box 2. Jenis-jenis penyakit yang (mungkin) mengarah ke PMS di  
laporan LB1**

06      Penyakit kelamin	06      Penyakit kelamin
0601    Sifilis	0601    Infeksi Gonokok
0602    Infeksi Gonokok	0602    Non Gonokok
0603    Non Gonokok	603     Penyakit Kelamin Lainnya
22      Penyakit pada saluran kencing	16      Penyakit pada saluran kencing

*Keterangan: ada 2 macam LB1*



**Box 3. Contoh pengobatan PMS/terduga PMS di beberapa Puskesmas di Jawa Timur Januari-Februari 1998 dan Januari-Februari-Maret 1999**

022 (penyakit sal. kencing):	-Ampisilin, Papaverin, HCT
024 (PPAKP):	-Metronidazol, Vit C
	-Ampi., Papaverin, Vit C
GO:	-Kanamisin 2g
	-Ampisilin, Antalgin, B1
	-Ampisilin, Prednison
Keputihan	-Nistatin vag., Antalgin, Griseofulvin
	-Eritromisin, CTM, Inj. Della
	-Kloramf., Antalgin, Talsutin
	-Ciprofloksasin, Flagistatin
Nyeri perut bawah.	-Kotrimoksasol, Antalgin
PMS:	-Amoksisilin, Alpara, Tetrasiklin Bc
	-Ampisilin, Antalgin, Prednison
Sifilis:	-Eritromisin
Kencing panas	-Ampisilin, Antalgin, Prednison
Erotio:	-Albotil, Ampisilin.
Sifilis:	-Eritromisin
Kencing panas:	-Ampisilin, Antalgin, Prednison
Erotio:	-Albotil, Ampisilin

Selain itu, ada 5 Puskesmas yang menunjukkan catatan diagnosis  $\pm$  sesuai dengan PS; umumnya peningkatan juga terjadi setelah pelatihan. Tiga Puskesmas datanya kosong baik sebelum dan sesudah pelatihan, 5 Puskesmas datanya sesuai dengan kode penyakit di LB1, dan ada 1 Puskesmas yang mencatat penyakitnya dengan PMS saja. Box 1 memperlihatkan jenis-jenis diagnosis yang mengarah atau mungkin mengarah ke PMS yang

tercatat selama kurun waktu pengamatan. Dari tabel ini kita dapat melihat betapa beragamnya suatu (terduga) PMS itu tercatat di kartu rekam medik. Sementara itu bentuk form pelaporan tidak memfasilitasi pelaporan PMS secara optimal (Box 2).

Ditelusuri pula pola pengobatan yang diberikan untuk PMS/terduga PMS pada tahun 1998 dan tahun 1999. Di 2 klinik swasta yang diobservasi tampak adanya perubahan pola

pengobatan pada tahun 1999 yang sesuai dengan PS. Sedangkan Puskesmas memperlihatkan pola pengobatan yang beragam, namun pada umumnya tidak terlihat adanya perubahan pola pengobatan antara tahun 1998 dan 1999, atau dengan perkataan lain: belum mengikuti pola pengobatan sesuai PS. Box 3 memperlihatkan beberapa contoh pengobatan yang diberikan di Puskesmas untuk beberapa PMS/terduga PMS. Perlu dicatat bahwa tidak di semua Puskesmas pola pengobatan ini dapat dilacak, karena ada yang hanya memberi kode Rx pada buku registernya.

### **Laboratorium**

Selain kedua klinik swasta yang mempunyai laboratorium yang aktif, seluruh Puskesmas yang diamatipun mempunyai laboratorium sederhana. Walaupun demikian, tingkat aktivitas laboratorium tersebut di bidang PMS bervariasi: Ada yang sangat aktif, seperti di Puskesmas Putat Jaya, Sawahan dan Puskesmas/RS Tambak Redjo; ada yang sedikit aktif, seperti di Puskesmas Dupak, Tanjung Sari, Pegirian, dll.; ada yang hanya melakukan pemeriksaan non-PMS; dan ada pula yang kegiatannya terhenti samasekali karena tidak ada reagens. Tidak semua petugas laboratorium Puskesmas adalah tenaga analis, selain itu cukup banyak juga yang menangkap

sebagai tenaga administrasi.

### **Wawancara**

Wawancara dilakukan terhadap dokter/paramedis yang diamati ditambah beberapa dokter Kepala Puskesmas. Tujuannya adalah untuk mengetahui pendapat mereka mengenai pelatihan metode penatalaksanaan PMS dengan PS, manfaat serta hambatan pelaksanaan metode PS tersebut di tempat kerjanya.

Dari 18 partisipan yang diwawancarai, terdapat 5 dokter yang belum dilatih. Di antara mereka ini bahkan ada yang belum pernah mendengar tentang metode PS, walaupun di Puskesmasnya sudah pernah ada yang dilatih. Meskipun demikian, dari pengamatan tampak bahwa kinerja beberapa dari dokter yang belum dilatih tersebut (dalam hal penatalaksanaan PMS) jauh lebih baik dan lebih sesuai dengan metode PS daripada yang sudah dilatih. Misalnya dalam hal anamnesis dan pemberian KIEnya. Di antara yang sudah dilatih ada yang dilatih lebih dari sekali dan ada pula yang sudah menjadi pelatih.

Dari yang sudah dilatih, pada umumnya merasa cukup puas dengan metode pelatihan yang dilakukan dan merasa bahwa pelatihan tersebut cukup bermanfaat. Walau-pun demikian, ada juga beberapa keluhan dan usulan perbaikan. Di bawah ini

adalah daftar keluhan dan usulan yang disampaikan. Karena wawancara dilakukan secara perorangan, daftar ini tidak merupakan konsensus bersama. Jadi mungkin saja ada keluhan/usulan yang tidak disetujui oleh partisipan lainnya.

Keluhan yang ada terhadap pelatihan adalah: a) kurangnya gambar/alat peraga; b) tidak disertai praktek dengan kasus (walaupun ada juga yang berpendapat tidak perlu praktek karena hanya anamnesis saja); c) materi terlalu padat; d) bagaimana bila di Puskesmas ada laboratoriumnya---pelatihan lab. PMS tidak ada; e) belum semua modul pelatihan diterima (terutama SOP/buku yang terakhir); f) bagan terlampau rumit; g) buku no. 3 dan 5 isinya sama; g) waktu pelatihan (5-6 hari) terlalu lama.

Sedangkan usul-usul yang diajukan adalah: a) dalam pelatihan sebaiknya dokter dan paramedis dipisahkan, karena banyak pertanyaan paramedis yang sifatnya mendasar/sudah menjadi pengetahuan seorang dokter; b) pelatihan sebaiknya diberikan kepada petugas yang benar-benar akan memeriksa pasien; c) agar bagan disederhanakan; d) waktu pelatihan dipersingkat menjadi 2 hari, tetapi bahan pelatihan dikirimkan terlebih dahulu; e) agar tindakan seorang dokter ahli pun dituliskan di buku, jangan hanya dianjurkan merujuk ke dokter ahli

saja.

Sedangkan argumen yang diajukan ketika ditanya mengapa tidak menjalankan metode PS padahal telah dilatih adalah: a) pasien terlalu banyak (1 dokter harus memeriksa 50-75 pasien/hari) ; b) pasien PMS sangat jarang; c) metode PS memakan waktu terlalu lama bila diterapkan kepada pasien; d) tidak ada ruangan khusus/ tertutup; e) tidak ada obat-obat seperti yang dianjurkan; f) format pelaporan tidak sesuai dengan PS; g) ada program penyuntikan antibiotika rutin di lokasi pelacuran, sehingga pasien PMS tidak ke Puskesmas; h) pasien PMS kurang kooperatif; i) pasien sering tidak kontrol.

Bagi yang mengaku melaksanakannya, sebabnya adalah: a) setiap hari ada pasien PMS; b) Pendekatan Sindrom praktis karena tidak usah melakukan pemeriksaan laboratorium (padahal ada laboratorium); c) obat dapat diresepkan keluar.

### ***Diskusi Kelompok Terarah***

Untuk melengkapi data wawancara dilakukan 2 buah Diskusi Kelompok Terarah. Satu DKT dilakukan bersama 11 dokter dan yang lain dengan 12 paramedis dari Puskesmas-Puskesmas di Kodya dan Kabupaten Malang. Seluruh dokter dan paramedis peserta diskusi telah mengikuti pelatihan PS,

kecuali seorang paramedis yang baru menempati posisinya di Subsie P2M Dinas Kesehatan Kodya Malang. Pada umumnya peserta paramedis menganggap proses dan metode pelatihan yang diberikan telah cukup baik. Mengenai lamanya pelatihan, beberapa orang meminta agar waktunya diperpanjang agar penjelasannya bisa lebih rinci. Sebaliknya dengan para dokter, mereka menganggap materi yang diberikan bahasanya kurang jelas (mereka bertanya: apakah itu merupakan terjemahan langsung?). Sedangkan mengenai metode pengajaran, pada umumnya para dokter merasa puas dengan diskusi yang dilakukan. Tetapi mereka juga meminta agar alat peraga diperbanyak, seperti gambar dari gejala-gejala tiap PMS. Video/VCD produksi Ditjen P2M-PLP dianggap hanya menggambarkan proses PS, dan kurang banyak memperlihatkan contoh-contoh kasus PMS. Sehubungan dengan hal ini, mereka juga meminta agar kaset video tersebut diperbanyak dan dibagikan untuk setiap Puskesmas (mohon agar sistem video yang dipakai dicek terlebih dahulu supaya kompa-tibel). Ada dokter yang meminta agar dibagikan juga alat peraga penis kayu untuk setiap Puskesmas, untuk mempermudah pemberian KIE mengenai pemakaian kondom.

Baik dokter maupun paramedis merasa bahwa

pelatihan akan semakin efektif bila dilengkapi dengan praktek lapangan, yaitu langsung melihat dan menangani kasus-kasus PMS. Kelompok paramedis juga meminta dibuatkan kuesioner baku untuk anamnesis.

Pada umumnya peserta sepakat bahwa metode PS ini cukup praktis karena tidak perlu menunggu hasil Laboratorium terlebih dahulu. Selain itu juga paket obatnya telah ditentukan, jadi tidak usah repot memikirkan lagi.

Dalam prakteknya, metode PS sulit diterapkan karena obat Puskesmas tidak sesuai dengan yang dianjurkan dalam modul. Tidak selalu resep luar dapat diberikan karena mahalnya harga obat.

"Obatnya harus stand by, harus didrop ke puskesmas masing-masing, sehingga obatnya 'nunggu perintah-perintah, bukannya perintah-perintah 'nunggu obatnya."

Regimen pengobatan yang umumnya 7 hari sulit diterapkan. Pasien biasanya diberikan obat selama 3 hari dan diminta untuk kontrol kembali. Seringkali pasien tidak datang lagi. Demikian juga dengan penanganan mitra: Suami/istri biasanya tidak mau pasangannya mengetahui tentang PMS yang dideritanya, sedangkan pejaja seks sukar untuk mengetahui siapa pelanggannya yang sakit, apalagi memintanya untuk berobat.

Baik dokter maupun paramedis sukar untuk menerapkan anamnesis dan KIE yang lengkap karena banyaknya pasien di Puskesmas (sampai 75 pasien per dokter). Di lain pihak, ada dokter peserta yang tidak tiap hari atau bahkan tidak pernah menangani sendiri pasiennya, hanya menerima konsul dari dokter lain atau perawatnya, bila diperlukan. Jumlah pasien PMS pun umumnya tidak banyak: 1-5 per bulan.

Masalah utama lain dalam penerapan PS adalah pencatatan dan pelaporannya. Sistem yang ada tidak sesuai dengan PS, karena itu sampai diskusi dilakukan belum ada yang melaporkan prevalensi PMS berdasarkan sindrom. Para dokter mengeluhkan kebingungannya dalam mengkatagorikan PMS dalam LB1, ada penyakit kelamin sendiri, penyakit pada saluran kencing, penyakit alat kelamin laki-laki, dan penyakit payudara dan alat kelamin perempuan.

"Di Puskesmas itu sudah sekian banyaknya pencatatan, jadi cukup lewat LB1 saja, cuma Puskesmas.

### **Kesimpulan**

Secara umum dapat dikatakan bahwa materi dan metode pelatihan PS cukup memadai. Beberapa usulan: a) agar pelatihan dokter dan

ditambah barangkali *itemnya*. Penyakit kelamin cukup ditulis PMS saja atau sindrom PMS 'gitu."

"Di tempat kami, selain LB1 ada register penyakit kelamin... jadi lengkap. Jadi seandainya ada keperluan atau bagaimana..... kita nggak usah ungkrah-ungkrah..... ada di register khusus tadi."

Pada umumnya tiap Puskesmas mempunyai laboratorium, tetapi ada yang diaktifkan dan ada yang tidak. Dari yang aktif, sangat jarang memeriksa untuk PMS. Terlebih dengan adanya metode PS ini, laboratorium semakin tidak difungsikan untuk mendiagnosa PMS.

Sebagai tindak-lanjut pelatihan, beberapa dokter meminta agar disediakan dana untuk menyebarkan informasi tersebut kepada para stafnya di Puskesmas. Jadi dana untuk pelatihan lanjutan di tempat kerja masing-masing. Selain itu, untuk memperlancar penerapan PS, alangkah baiknya bila dibagikan juga poster bagan alur yang cukup besar untuk setiap

### **SIMPULAN DAN SARAN**

paramedis dipisahkan; lama pelatihan untuk dokter mungkin dapat dipersingkat asalkan bahannya diberikan terlebih dahulu, sedang untuk paramedis mungkin harus diperpanjang

sedikit; b) bahasa dalam modul agar diperbaiki agar lebih mudah dimengerti; c) alat peraga (gambar dan model) perlu ditambah; d) dipertimbangkan untuk menyertakan praktek lapangan; e) bagan alur disederhanakan dan dibuat poster; f) peserta agar dipilih yang betul-betul menangani pasien saja; g) agar ada petunjuk khusus bagi Puskesmas yang ada laboratoriumnya (yang aktif); h) ada dana tambahan bagi peserta, terutama dokter Kepala Puskesmas, untuk menyebarkan informasi pelatihan kepada stafnya.

Penerapan metode PS sulit dilakukan, karena: a) dokter/paramedis yang dilatih tidak menangani pasien (atau hanya menerima konsultasi); b) tidak ada ruangan khusus untuk anamnesis dan KIE yang bersifat pribadi maupun untuk pemeriksaan fisik; c) jumlah pasien sangat banyak; d) waktu yang dibutuhkan untuk menangani satu pasien dengan gejala PMS secara lengkap cukup panjang; e) pasien PMS amat jarang; f) ada program suntikan rutin di lokasi atau ada paramedis/ dokter langganan, sehingga pejuang seks tidak datang ke Puskesmas; g) setelah diberi obat pasien banyak yang tidak datang kontrol kembali; h) obat-obat PS tidak tersedia; i) form LB1 tidak mengakomodasikan pelaporan PMS dengan tepat; j) penanganan mitra seksual

umumnya sulit dilaksanakan; k) tidak ada poster bagan alur yang dapat direkatkan di dinding untuk memudahkan petugas.

Hal-hal lain yang juga penting: a) dokter/paramedis yang dilatih tidak selalu meneruskan pengetahuannya kepada rekan-rekan sejawatnya di Puskesmas, sehingga ada dokter/paramedis yang memeriksa pasien yang belum pernah mendengar tentang metode PS; b) pencatatan diagnosis PMS/tersangka PMS di kartu rekam medik sangat beragam, sehingga sulit dikompilasi dan dilaporkan; c) setelah mengenal metode PS, laboratorium cenderung untuk tidak diaktifkan samasekali; d) beberapa dokter yang telah lama bertugas di Puskesmas memberikan regimen terapi yang tidak rasional lagi.

## Saran

Beban kerja Puskesmas yang amat tinggi dan yang tidak hanya meliputi pemeriksaan pasien saja menyebabkan metode PS sulit untuk diterapkan secara maksimal. Walaupun demikian, sebagai ujung tombak fasilitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat Puskesmas harus senantiasa meningkatkan kinerjanya dengan memperhatikan prinsip profesionalisme. Sebuah ruangan besar di mana pasien masuk beramai-ramai dan tidak ada fasilitas pemeriksaan fisik tetap

tidak dapat diterima dari sudut etika kedokteran dengan alasan apapun. Minimal dapat dilakukan kamarisasi dengan cara sederhana seperti pemberian tirai pembatas.

Anamnesis lengkap dan KIE pada PS tidak selalu memerlukan waktu yang lama. Beberapa pertanyaan dan materi kunci hendaknya selalu ditanyakan/disampaikan kepada pasien, seperti riwayat penyakit terdahulu, riwayat perjalanan penyakit, perilaku seks pasien/mitra, cara pemakaian obat, dan cara pencegahan penularan penyakit. Poster bagan alur yang ringkas dan jelas akan sangat membantu petugas.

Pemeriksaan fisik sering ditinggalkan di Puskesmas dengan alasan banyaknya pasien. Sebenarnya pekerjaan ini dapat cepat dilakukan di beberapa "kamar" dengan beberapa asisten (misalnya 3-4 kamar untuk 2 dokter, dibantu 2 perawat). Pada met ode PS, pemeriksaan fisik sering disalah-artikan sebagai tidak penting, cukup dengan anamnesis saja. Padahal dengan pemeriksaan fisik (tanpa spekulum) dapat dideteksi banyak hal, seperti pembengkakan kelenjar inguinal, luka di kemaluan, herpes, condiloma, bahkan kehamilan, yang mungkin tidak dilaporkan oleh pasiennya.

Tidak boleh dilupakan bahwa metode PS dikembangkan untuk fasilitas pelayanan kesehatan

dimana tidak ada laboratorium. Pada Puskesmas yang ada laboratorium, upaya utama hendaknya ditujukan untuk mengembangkan kemampuan laboratorium tersebut dalam hal mendeteksi PMS. Berbagai keterbatasan seperti reagens kurang, petugas merangkap, dsb. memang tidak dapat dipungkiri. Akan tetapi, kinerja Puskesmas hendaknya senantiasa mengarah ke depan dengan visi suatu sarana pelayanan kesehatan yang sederhana namun lengkap. Apabila dipandang perlu, pengobatan dapat diberikan tanpa menunggu hasil laboratorium, akan tetapi pemeriksaan laboratorium sederhana, di mana mungkin, harus selalu diusahakan untuk keperluan konfirmasi dan pencatatan proporsi penyakit. Pewarnaan Gram untuk diplokokus intrasel dan BV (bakterial vaginosis), KOH untuk jamur, sediaan basah untuk trikomonas, adalah pemeriksaan sederhana yang sangat membantu menetapkan diagnosis.

Beberapa Puskesmas tampaknya belum melaksanakan kebiasaan menyebarluaskan informasi dari seawat yang selesai pelatihan kepada rekan-rekan lainnya. Pertemuan ilmiah berkala harus selalu dicoba dilakukan di antara kesibukan Puskesmas, bila ingin mening-kan/menyegarkan ilmu kedokteran para seawat. Hal ini merupakan salah satu upaya

menjaga profesionalisme tenaga kesehatan. Selain itu, pelatihan penyegaran untuk pemberian terapi rasional tampaknya perlu dilakukan secara berkala. Pengobatan yang tidak efektif dalam jangka panjang akan merugikan masyarakat dan juga membebani negara secara finansial.

Saran kepada Depkes RI adalah melanjutkan dan mengembangkan upaya pengadaan obat-obatan sesuai PS. Selain itu perlu dipertimbangkan perbaikan format laporan LB1. Perlu dipikirkan bersama diagnosis PMS apa yang tepat untuk dilaporkan. Suatu pelaporan

hendaknya menjadi dasar dalam membuat keputusan untuk memperbaiki program penanggulangan suatu penyakit (*data-based policy*). Dengan bentuk pelaporan yang berlaku sekarang, sulit untuk membuat suatu kebijakan penanggulangan PMS, karena PMS/terduga PMS tercampur dengan penyakit lain (contoh: penyakit payudara dan alat kelamin wanita). Dalam upaya memperbaiki pelaporan ini perlu tetap diingat azas kesederhanaan atau minimalitas. Kita tentu tidak ingin menambah beban rekan-rekan di Puskesmas yang memang sudah berat itu.

## KEPUSTAKAAN

1. Wasserheit J. N. The significance and scope of reproductive tract infections among third world women. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 1989, Suppl. 3:145-168.
2. Moran J. S. Sexually transmitted diseases (STDs). In Wallace et al. eds., 2nd ed. *Health Care of Mothers and Children in Developing Countries*. Oakland, Third Party Publishing Co.; 1995.
3. Departemen Kesehatan RI, Direktorat Jenderal PPM & PLP. *Penatalaksanaan penderita penyakit menular*

*seksual (PMS) dengan pendekatan sindrom*. Buku pedoman interaktif. Jakarta, 1997.